



**Н. Л. Боженко, Т. І. Негрич, Н. О. Негрич,
М. І. Боженко**

Львівський національний медичний університет
імени Данила Галицького

Біль голови: класифікація; діагностика; принципи лікування (огляд літератури; опис клінічного випадку)

Вступ. Біль голови (БГ), або цефальгія – один із найчастіших неврологічних розладів, що його відносять до 20 найбільш інвалідизувальних захворювань у світі. Більшість випадків БГ є доброякісними, інші потребують постійного спостереження і лікування, а деякі загрожують життю пацієнта.

Цефальгія є всесвітньою проблемою, адже уражає людей незалежно від віку, раси, статку та місця проживання. Згідно з дослідженням глобального тягаря хвороб, яке виявило основні причини непрацездатності в світі й кількість років життя (yearslostdueto disability - YLD), втрачених унаслідок погіршення здоров'я без урахування смертей, БГ є четвертою причиною значних соціально-економічних втрат для суспільства. У країнах Східної Європи й у Сполучених Штатах Америки БГ розглядається як важлива медична та економічна проблема.

У більшості європейських країн є профільні асоціації, які координують освітню, дослідницьку та практичну роботу в цьому напрямі [1]. Лікар мусить знайти причини БГ, оскільки правильний діагноз є передумовою адекватного лікування. Невролог має знати класифікацію, діагностику, принципи лікування БГ. У медичній практиці найчастіше трапляється первинний БГ (мігрень, біль напруги, кластерний). Вторинний БГ розпізнають рідше, що може призвести до трагічних наслідків.

Мета дослідження. Здійснити огляд сучасної літератури, присвяченої проблемі вторинного болю голови, описати клінічний випадок. Проаналізувати судинну подію у пацієнта із вторинним болем голови, що його діагностовано на кафедрі неврології Львівського національного медичного університету імени Данила Галицького в 2023 р.

Матеріали й методи дослідження. Використано метод системного та порівняльного аналізу, бібліосемантичний метод вивчення результатів актуальних наукових досліджень щодо сучасного погляду на про-

блему вторинного БГ, методи його діагностики та лікування. Проаналізовано 19 літературних джерел. Пошук джерел проведено в наукометричних медичних базах інформації: PubMed-NCBI, Medline, EMBASE за ключовими словами: біль голови, вторинний біль голови, лікування болю голови. Наведено результати власного клінічного досвіду, описано клінічний випадок хворого із вторинним БГ.

Результати дослідження та їхнє обговорення.
Огляд літератури. Міжнародна класифікація розладів, що супроводжуються БГ, третього перегляду (МКБГ-3) (International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)), розроблена Міжнародним товариством болю голови (International Headache Society - IHS) у 2018 р., є основним інструментом для діагностики БГ. Вона містить основні принципи діагностики цефальгій і діагностичні критерії усіх відомих форм БГ та Європейські принципи ведення пацієнтів із найбільш поширеними його формами для лікарів загальної практики [5].

Відповідно до МКБГ-3, БГ поділяється на первинний, коли він є повноцінною нозологічною формою, та вторинний, або симптоматичний, зумовлений органічними захворюваннями головного мозку та інших структур, розташованих у ділянці голови та шиї, а також системними захворюваннями. Крім цього, виокремлюють краніальні невральгії та біль у ділянці обличчя.

Численні епідеміологічні дослідження упродовж крайніх десятиліть показали, що первинні цефальгії є більш поширеними у світі (80,0–90,0 %), ніж вторинні. Дев'ять із десяти випадків БГ є первинними. Вторинний БГ – це біль, причиною якого є інше захворювання або стан, а БГ є симптомом. Причини можуть бути простими (надто часте використання знеболювальних лікарських засобів) або серйозними (пухлина чи інсульт).

Первинний БГ не має структурних, інфекційних або метаболічних причин. Його ідентифікують за

клінічною симптоматикою, і діагноз ґрунтується передусім на точному й ретельному збиранні анамнезу. Згідно з МКБГ-3, виокремлюють такі види первинного БГ: мігрень, біль напруги, тригемінальні автономні цефальгії, інший первинний БГ.

Вторинний БГ – біль, спровокований іншим розладом, із ознаками причинно-наслідкового зв'язку та відповідним часовим співвідношенням із розладом.

Краніальні невротатії, біль у ділянці обличчя та інші види БГ об'єднані в систему класифікації уражень черепних нервів, що провокують больові відчуття та інший біль у ділянці обличчя, на основі консенсусу між Міжнародним товариством болю голови (International Headache Society - IHS) та Міжнародною асоціацією з вивчення болю (International Association for the Study of Pain - IASP).

Вторинний БГ є симптомом іншого розладу, визнаного потенційною основною причиною [15].

МКБГ-3 (ICHD-3) надає список із 8 категорій (46 підкатегорій) для причин вторинного БГ: травми голови та ший; судинні розлади; несудинні внутрішньочерепні порушення; пухлини; інфекція; порушення гомеостазу; порушення в ділянках очей, вух, носа, додаткових пазух, зубів, ротової порожнини чи інших структур обличчя або ший; психічні розлади [5, 8].

Близько 18,0 % людей, які скаржаться на БГ, мають вторинний БГ [15]. Вторинний БГ сигналізує про тяжкі захворювання, які можуть загрожувати життю або призвести до інвалідності й вимагають іншого терапевтичного підходу, ніж первинний БГ. Діагностика вторинного БГ може бути простою, якщо у людини, яка раніше не страждала від болю голови, виникає біль на тлі розладу, що, як відомо, спричинює біль голови. Проте у осіб, що мали БГ в анамнезі, лікар повинен визначити, чи є поточний біль їхнім відомим первинним розладом БГ, загостренням первинного розладу БГ на тлі іншого захворювання чи новим БГ із вторинною причиною. Вторинний БГ завжди небезпечний! Скринінг на наявність вторинного БГ може включати розгляд таких причин, як пухлина головного мозку, абсцес або гематома, інфекція центральної нервової системи, судинні порушення, а також структурні порушення (аномалії В. Арнольда – Г. Кіарі, аневризми, високий або низький тиск цереброспінальної рідини).

Діагностичні критерії для вторинного БГ вимагають наявності іншої хвороби, яку задокументовано в науковій літературі як таку, що провокує БГ, з ознаками причинно-наслідкового зв'язку, включаючи хоча б два з таких станів: початок БГ має часовий стосунок до початку причинного захворювання; БГ посилюється паралельно з погіршенням стану хворого і/або послаблюється паралельно з поліпшенням стану; БГ має характеристики, що свідчать про причинний розлад; існують інші докази причинного зв'язку.

Є ознаки, які можуть вказувати на вторинний характер БГ, так звані червоні прапорці: новий або інший тип БГ у людини віком понад 50 років; БГ, від якого людина прокидається; БГ, який посилюється, якщо

змінити позу, під час навантаження або маневру А. М. Вальсальви (кашель і напруження); БГ, пов'язаний із жуванням.

Ці симптоми передбачають додаткове обстеження у фахівця.

Інші вторинні симптоми БГ можуть вимагати негайної уваги. Ймовірно, йдеться про вторинний БГ, якщо у пацієнта: асоційований напад або епілепсія; БГ виникає від травми голови; блювання без нудоти; БГ виникає упродовж секунд («громоподібний БГ»); «найгірший» БГ; неможливість рухати кінцівкою; невиразна мова; психічні порушення; втрата або порушення зору; ригідність ший; лихоманка; вірус імунodefіциту людини, рак або чинники ризику тромбозу; початок БГ до 5 або після 50 років.

Найважливішим аспектом діагностики БГ є збирання анамнезу. Первинний БГ не є діагнозом виключення, а радше ґрунтується на допоміжних ознаках клінічної історії та фізичного огляду. Наявність атипичних ознак або «червоних прапорців» є підставою для занепокоєння щодо вторинного БГ.

Під час збирання анамнезу у хворого з болем голови треба починати з запитань про частоту, тривалість, локалізацію, якість, тяжкість, супутні симптоми та супутні недуги.

Треба з'ясувати, чи турбує хворого БГ лише з одним типовим патерном, чи декілька типів БГ одночасно. Часто у пацієнта виявляють напади мігренозного БГ, і біль напруги, і вторинний БГ. Дуже важливо не пропустити вторинний БГ на тлі давно наявного первинного.

Отримання точної частоти БГ є важливим для класифікації БГ. Інколи варто лише запитати пацієнта, скільки днів на місяць у нього взагалі не болить голова, щоб отримати точну оцінку кількості днів БГ, замість того, щоб питати, скільки днів на місяць болить голова. Запитання про те, коли не було БГ, зазвичай спонукає включити всі епізоди БГ, тоді як запитавши, коли болить голова, можна отримати повідомлення лише про сильний БГ, що не враховує легші епізоди.

Біль голови можна поділити на короткотривалий (менше 4 год) і тривалий (4 год і більше). Потрібно запитати про тривалість БГ з лікуванням і без нього. Багато людей можуть повідомити про короткотривалий БГ, позаяк завдяки лікуванню епізод болю скоротився. Крім цього, якщо людина засинає з болем голови, тривалість сну треба додати до тривалості болю, якщо вона прокидається без БГ.

Локалізація є важливою ознакою первинного БГ. Наприклад, мігрень часто є одностороннім процесом порівняно з болем напруги, який може бути двобічним. Короткий кілкий БГ у розповсюдженні певного нерва може свідчити про невралгію. Якщо БГ не змінює позицію і має дуже дискретну локалізацію, потрібно провести ретельний огляд голови та ший.

Характеристики, тяжкість і супутні симптоми БГ (світлобоязнь, фонофобія, нудота і блювання) є додатковим компонентом повної історії БГ. Необхідно перевірити симптоми, пов'язані зі структурами голо-

ви (наприклад, скронево-нижньощелепного суглоба, зубів або вух) і шиї. Гормональний статус важливий як для діагностики (наприклад, виключення БГ, асоційованого з менструальним циклом, мігрені або побічних ефектів уживання гормонів), так і для планування лікування (наприклад, планування вагітності і лактації або контрацепції). Треба також дослідити судинні хвороби, розлади сну, психіатричні (наприклад, тривога або депресія) та інші поширені супутні захворювання.

Неврологічний і фізикальний огляд. Показники життєдіяльності дають важливі підказки щодо загального стану здоров'я і можуть впливати на діагностичні та лікувальні кроки. Перш ніж призначати бета-блокатори або інші гіпотензивні лікарські засоби як профілактичні середники БГ, слід перевірити частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск. Призначаючи лікарські засоби, які можуть спричинити збільшення або втрату маси тіла, слід враховувати індекс маси тіла людини (ІМТ). Загальне психіатричне обстеження, що включає настрій і афект, є важливим для виявлення потенційних психіатричних супутніх захворювань БГ.

Коли здійснюють огляд шиї та голови, потрібно перевірити, чи немає алодинії, болючості в надчоловковій або скроневій ділянках вуха та потиличній виїмці. Необхідно оцінити рух щелепи, пульсацію скроневих артерій. Варто також оглянути навколочерепні та параспинальні м'язи, навколоносові пазухи, діапазон рухів шиї, задні структури глотки, щоб оцінити ризик апное уві сні.

Комплексне неврологічне обстеження під час БГ, як і в разі будь-якої іншої скарги, має охоплювати психічний стан, черепні нерви (зокрема, й огляд зіниць, очного дна, поля зору, моторику очей, силу м'язів обличчя та чутливості, а також піднебіння/язика), моторику, сенсорне обстеження, рефлексії та підшовні реакції, координацію та ходу.

«Червоні прапорці» вторинного БГ – мнемоніка SNOOP (англ.: systemic symptoms, neurological signs, onset, older age at onset, and prior medical history; укр.: системні симптоми, неврологічні ознаки, початок, старший вік на час початку та попередні історії хвороб) – мнемоніка для оцінювання попереджувальних ознак БГ та визначення того, коли треба негайно викликати лікаря або звернутися за невідкладною допомогою.

Щоб не пропустити вторинний БГ, варто регулярно практикувати збір структурованого анамнезу. Анамнез треба збирати уважно, оскільки людина не обов'язково надасть важливу інформацію, що може свідчити про вторинні розлади БГ. Повідомити пацієнтові, чому ставлять саме ці запитання та проводять фізичний огляд; він не тільки впевниться в тому, що його перевіряють на наявність вторинного БГ, але й навчиться контролювати «червоні прапорці». Для запобігання БГ мнемоніка SNOOP4 або розширений SNNOOP10 є корисними засобами [3–5].

S: Системні ознаки та симптоми. Збір анамнезу БГ має включати огляд систем, а також історію хво-

роби та хірургічних втручань. Треба запитати про такі системні симптоми, як лихоманка, озноб, пітливість, міальгія і втрата маси тіла, які можуть свідчити про потенційну інфекцію, злоякісне новоутворення, ревматичне захворювання, васкуліт (включаючи гігантоклітинний артеріїт) або інші запальні захворювання. Лихоманка одночасно з БГ мають високу чутливість до неврологічних інфекцій (включаючи бактерійний менінгіт, вірусний менінгіт, енцефаліт і абсцеси мозку) [9]. Пацієнти з ослабленим імунітетом через хронічну інфекцію, злоякісну пухлину, імуносупресивну терапію або інші причини можуть мати нетипові вияви для причин вторинного БГ через пригнічену запальну реакцію (наприклад, відсутність лихоманки з інфекцією). Особливу увагу варто приділяти опортуністичним інфекціям, вторинним злоякісним новоутворенням, побічним ефектам будь-яких лікарських засобів і рідкісним захворюванням (наприклад, запальний синдром відновлення імунітету). Також дуже важливо знати, чи є в анамнезі злоякісні пухлини, які викликають занепокоєння щодо метастаз захворювання центральної нервової системи. Хоча ризик виявити пухлину мозку в людини з БГ, яка не має злоякісних новоутворень у анамнезі, досить малий (<0,1 %), проте БГ, що виник нещодавно у людини з новоутворенням, має насторожити щодо внутрішньочерепних метастазів.

N: Неврологічні симптоми або ознаки. У людей із неврологічними симптомами та ознаками інших захворювань є більша ймовірність вторинних БГ. Дорослі, які звертаються до відділів невідкладної допомоги, мають позитивне співвідношення ймовірності вторинних розладів БГ від 3,56 до 16,2, якщо є результати їхнього неврологічного обстеження [11, 14]. Серед дітей, які потребували невідкладної допомоги, усі, в кого діагностовано серйозний патологічний процес, що є в основі БГ, мали об'єктивні неврологічні ознаки [2, 16]. Важливо запитати про неврологічні симптоми або ознаки, зокрема, моторику, сенсорику, мову, зір, рівновагу та когнітивні симптоми, а також про те, чи є вони постійними або тимчасово пов'язаними з БГ. Запитайте про зміни поведінки або особистості, такі як галюцинації, пов'язані з нюхом, слухом або зором, оскільки вони можуть вказувати на локалізоване ураження або судоми. Крім цього, зверніть увагу на пульсуючий шум у вухах, диплопію та короткотривале затемнення зору, оскільки ці симптоми можуть свідчити про ідіопатичну внутрішньочерепну гіпертензію.

O: Раптовий початок. Громоподібний БГ визначається як БГ із різким початком, який досягає максимальної інтенсивності менш ніж за 1 хв і триває 5 хв або більше [8]. Оцінюючи, чи міг БГ з'явитися як удар грому, замість того щоб запитувати, чи БГ виник швидко чи раптово, треба кількісно визначити точну швидкість початку. Запитайте: «Як швидко біль змінився від 0 з 10 до 10 з 10 – секунд, хвилин або годин?» Найпоширенішими причинами БГ під час громоподібного БГ є субарахноїдальний крововилив і оборот-

ні синдроми церебральної вазоконстрикції (Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome -RCVS). Інші судинні та несудинні причини включають інсульт, тромбоз церебрального венозного синуса, артеріальну дисекцію, внутрішньомозковий крововилив, гострий гіпертонічний криз, синдром задньої оборотної лейкоенцефалопатії, спонтанну внутрішньочерепну гіпотензію, ідіопатичну внутрішньочерепну гіпертензію, церебральну інфекцію (наприклад, менінгіт, гострий ускладнений синусит), апоплексію гіпофіза [13].

О: Нетиповий вік початку. Однією із найімовірніших ознак вторинного БГ є БГ у віці до 5 або після 65 років. У дітей найпоширеніші вторинні причини БГ часто не є зловісними, наприклад, інфекції верхніх дихальних шляхів і посттравматичний БГ [18]. Загрозливі причини дитячого БГ, такі як пухлини мозку, частіше трапляються у дітей дошкільного віку. Зазначмо, що у дітей дошкільного віку зі загрозливим БГ спостерігаються інші тривожні симптоми, зокрема, відхилення від нормальних результатів медичного огляду, посилення БГ вночі та БГ, спровокований кашлем, чханням або плачем [12].

Якщо первинний БГ починається після 65 років, дуже важливо уточнити, чи БГ виник уперше, чи були у анамнезі досі БГ або епізоди симптомів, пов'язаних із мігренню, які людина могла не помітити. Проспективне дослідження показало, що частота вторинного БГ була вищою у людей віком 65 років і більше (11,2 %) порівняно з людьми віком до 65 років (8,0 %). У обох групах найпоширенішим вторинним діагнозом був БГ, спричинений інфекцією. Інші вторинні причини у людей віком 65 років і більше включали травму голови та шиї, черепні або шийні судинні розлади, несудинні внутрішньочерепні розлади, вживання або відміну речовини, гомеостаз та черепні розлади, що впливають на стан шиї, очей, вух, носа, пазух, зубів [9]. Коли оцінюємо БГ у людини віком 65 років і більше, треба враховувати вторинні причини (новоутворення, запалення, інфекції, гігантоклітинний артеріїт та інші неврологічні захворювання).

Р: Зміна патерну. Зміна характеру або характеристик БГ у людей, які раніше страждали від БГ, може вказувати на вторинну етіологію. Це включає нові симптоми, пов'язані з БГ, такі, як нещодавно розвинена аура, втрата періодів без БГ або зміна частоти (наприклад, хронічний щоденний БГ у тих, хто раніше мав епізодичну мігрень). Рекомендовано ретельне обстеження для виявлення вторинних причин, і за таких обставин діагностику може бути відкладено.

Р: Провокація маневром А. М. Вальсальви, чханням, кашлем або фізичними вправами. Спровокований кашлем, напругою або іншими маневрами А. М. Вальсальви БГ потребує нейровізуалізації. Вторинний БГ під час кашлю становить 40,0 % усіх випадків БГ під час кашлю, тому діагноз первинного БГ під час кашлю можна поставити, лише виключивши вторинні причини. Найпоширенішою причиною БГ під час кашлю є мальформація В. Арнольда – Г. Кіарі типу 1 [8]. На ураження задньої черепної ямки припадає

близько 15,0 % випадків БГ під час кашлю [3]. Інші причини БГ під час кашлю включають менінгіоми, метастази в головний мозок, арахноїдальні кисти, субдуральну гематому, внутрішньочерепну гіпертензію або гіпотензію, інфекцію, гідроцефалію та судинні захворювання, зокрема оборотні синдроми церебральної вазоконстрикції (Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome – RCVS) [3, 10, 17, 19].

Р: Зміна положення тіла. БГ, що виникає і посилюється через зміну положення тіла, викликає занепокоєння щодо занадто високого або занадто низького внутрішньочерепного тиску. БГ, який посилюється в положенні лежачи, викликає занепокоєння щодо підвищення тиску, яке можна оцінити за допомогою нейровізуалізації для пошуку структурних причин. Якщо візуалізація не показує нестабільних уражень, варто зробити люмбальну пункцію з діагностичною і терапевтичною метою. БГ, який з'являється упродовж декількох секунд після перебування у вертикальному положенні та швидко зникає в горизонтальному положенні, свідчить про низький тиск ліквору. Для осіб, яким нещодавно робили люмбальну пункцію, нейрохірургічне втручання або будь-який вид епідуральної ін'єкції, позиційна особливість може бути дуже помітною та легко впізнаваною. Захворюваність на спонтанну внутрішньочерепну гіпотензію оцінюється як 5 випадків на 100 000, а порушення постави стають менш помітними або зникають із часом. Замість того щоб повідомити про помітну позиційну особливість, людина зі спонтанною внутрішньочерепною гіпотензією може сказати, що БГ зазвичай посилюється у другій половині дня або після того, як вона якийсь час стоїть, або що вона зазвичай відчувається найкраще вранці, перш ніж встати з ліжка [2, 16]. Оцінка та лікування низького тиску спинномозкової рідини можуть бути дуже складними, особливо, якщо немає класичних рентгенологічних показників.

Цервікогенний БГ може також посилюватися через осьове навантаження на хребет або поворотом голови в певне положення. Ортостатична гіпотензія та синдром постуральної ортостатичної тахікардії також можуть спричиняти постуральний БГ, який зазвичай супроводжується іншими симптомами ортостатичної непереносимості, включаючи запаморочення та пресинкопе [16].

Р: Набряк диска зорового нерва. Набряк диска зорового нерва завжди має спонукати до додаткового обстеження, адже є передвісником внутрішньочерепних аномалій і внутрішньочерепної гіпертензії [2]. Треба ретельно оглянути очне дно, а також запитати про тимчасове погіршення зору, диплопію та дефекти поля зору, які можуть вказувати на внутрішньочерепну гіпертензію.

Р: Вагітність, біль ув очах, перенесена травма, патологія, фенотип і надмірне вживання знеболювальних засобів. Інші фактори, запропоновані в довшому SNNOOP10, вагітність, біль ув очах із вегетативними особливостями, післятравматичний БГ, патологію (імунну або онкологічну) і надмірне засто-

сування знеболювальних засобів (БГ від надмірного вживання лікарських засобів) або використання нелегітимного середника.

Симптоми-передвісники вторинного БГ подано в таблиці.

«Червоні прапорці» (симптоми-передвісники) вторинного болю голови

Симптоми-передвісники	Найчастіші причини	Рекомендовані допоміжні дослідження
Біль голови із раптовим початком	Субарахноїдальний крововилив Крововилив у пухлину або її артеріовенозна мальформація Пухлина головного мозку (особливо в задній черепній ямці)	Нейровізуалізація Дослідження ліквору
Постійно наростаючий біль	Пухлина головного мозку Субдуральна гематома Зловживання лікарськими засобами	Нейровізуалізація
Біль голови, що супроводжує загальносистемні симптоми (лихоманка, ригідність потиличних м'язів, висипання)	Менінгіт Енцефаліт Нейробореліоз Системні інфекції Захворювання сполучної тканини, включно зі системним васкулітом	Нейровізуалізація Дослідження ліквору Відповідні лабораторні дослідження крові
Вогнищеві неврологічні симптоми або інші симптоми, відмінні від типової зорової або сенсорної аури	Пухлина головного мозку Артеріовенозна мальформація Захворювання сполучної тканини, включно зі системним васкулітом	Нейровізуалізація Дослідження в напрямі захворювань сполучної тканини із ураженням судин
Набряк дисків зорових нервів	Пухлина головного мозку Ідіопатична (доброякісна) внутрішньочерепна гіпертензія (псевдопухлина головного мозку) Енцефаліт Менінгіт	Нейровізуалізація Дослідження ліквору
Біль голови, який провокується кашлем, фізичним навантаженням або пробією А. М. Вальсальви	Субарахноїдальний крововилив Пухлина головного мозку	Нейровізуалізація Обміркувати необхідність дослідження ліквору

Відрізнити первинний і вторинний БГ доволі складно. Щоб поставити діагноз, лікар повинен спочатку здійснити ретельне опитування, зібрати анамнез, провести огляд соматичного та неврологічного статусу. Уточнення діагнозу потребує додаткового обстеження (аналіз крові, рентгенографія пазух, магнітно-резонансна томографія (МРТ), комп'ютерна томографія (КТ), спинномозкова пункція тощо). Багато лабораторних і нейровізуалізаційних досліджень можна призначити, якщо є підозра на вторинний БГ. Однак слід уникати простого проведення всіх тестів для кожної людини з новим або помітно іншим БГ, оскільки деякі тести мають ризик побічних ефектів, є дорогими й можуть мати випадкові результати, не пов'язані з БГ чи іншою патологією приблизно у 8,0 % населення [15]. Таким чином, детальне збирання анамнезу, фізикальне обстеження та розпізнавання діагностичних «червоних прапорців», які можуть спонукати до відповідної оцінки вторинного БГ, є вирішальними для діагностики (див. рисунок).

Оскільки пацієнт може мати декілька типів БГ, для кожного типу характеристики й анамнез треба збирати окремо.

Насамперед пацієнта потрібно запитати, коли вперше з'явився БГ, чому саме зараз він звернувся за допомогою до лікаря, як часто його турбує БГ (епізодичний (до 2 нападів на місяць), частий (від 3 до 10 нападів на місяць), хронічний (більш ніж 15 днів на місяць)), яка тривалість БГ.

Далі треба уточнити характер БГ: інтенсивність БГ (за візуально-аналоговою шкалою від 1 до 10 балів), якість БГ (стискає, пульсує, пече, розпирає, громоподібний тощо), локалізацію та іррадіацію БГ, супутні симптоми (нудота, блювання, запаморочення, світло- або звукобоязнь, тривога, серцебиття, лихоманка, заміненість частини тіла тощо).

Потрібно також визначити провокативні і/або причинні фактори (фізичне або емоційне навантаження, холод, тепло, задуха, шум, рухи головою, сон тощо), чинники, що посилюють чи послаблюють БГ, спадковий анамнез із подібним БГ.

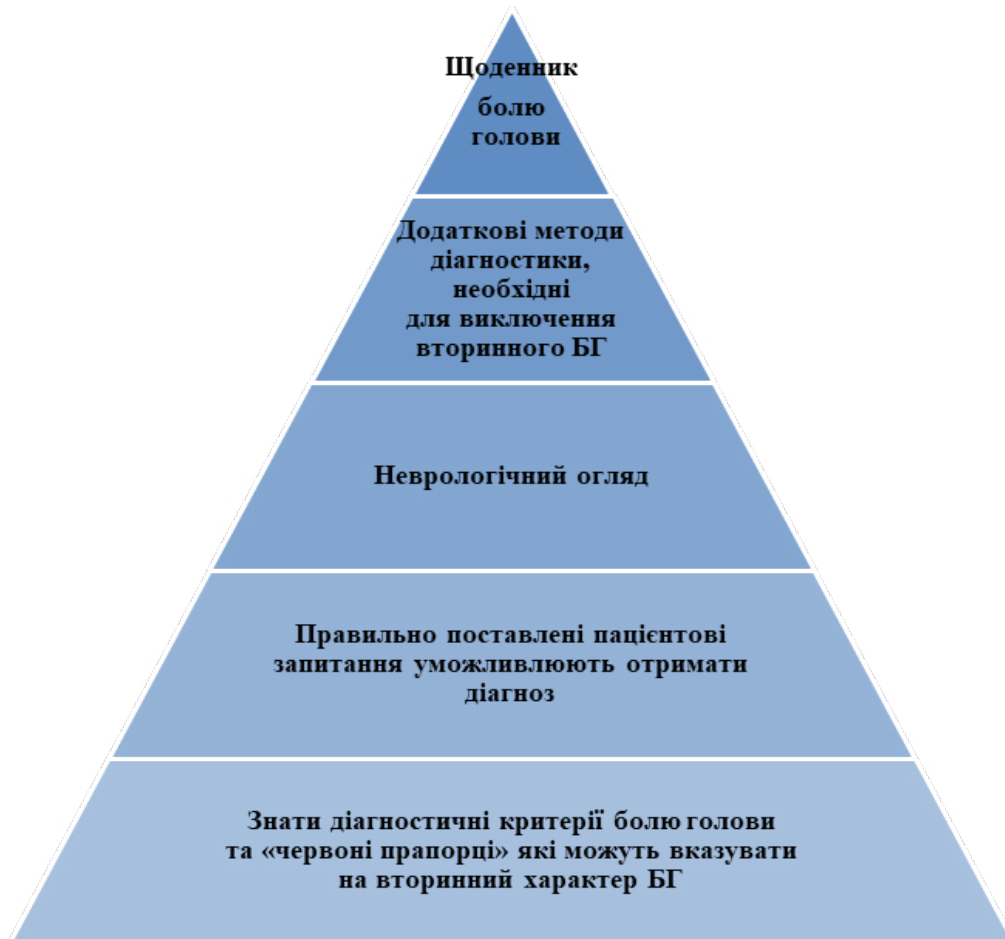
І насамкінець важливо з'ясувати питання щодо перебігу та лікування БГ: поведінку під час БГ (пацієнт потребує спокою, має сонливість, відчуває тривогу чи збудження), ступінь обмеження повсякденної активності (функції) через БГ, які лікарські засоби

пацієнт вживав і вживає тепер (прості або комбіновані знеболювальні, досвід застосування триптанів), ефект від їхнього застосування, динаміка ефекту в часі (кількість днів на місяць, коли вживав знеболювальне, кількість доз лікарських засобів – денна та місячна), профілактичне (курсове) лікування) [1].

Лікування вторинного БГ передбачає насамперед усунення причини. Часто біль відступає. Лікар може

також призначити лікарські засоби, необхідні у кожному випадку залежно від причини вторинного БГ. Варіантом симптоматичного лікування є призначення анальгетиків, нестероїдних протизапальних лікарських засобів, антидепресантів і антиконвульсантів із застосуванням вітамінів групи В як ад'ювантної терапії.

Алгоритм роботи з пацієнтом, якого непокоїть біль голови
(що потрібно для правильної діагностики болю голови)



Опис клінічного випадку. Хворий Т., 62 роки, звернувся амбулаторно в центр медицини болю кафедри неврології з приводу БГ зі скаргами на однобічний (справа), пульсуючий, інтенсивністю 7–8 балів за ВАШ БГ, який супроводжувався нудотою, фото- і фонофобією, загальною слабкістю.

Анамнез хвороби. Зі слів хворого, два тижні його турбував нападами однобічний (справа), пульсуючий, інтенсивністю 7–8 балів за візуально-аналоговою шкалою БГ, який супроводжувався нудотою, фото- і фонофобією, загальною слабкістю. Такий БГ був два роки тому, тривалістю до одного місяця. Лікувався амбулаторно. Вживав анальгетики, заспокійливі лікарські засоби. Біль наростав за інтенсивністю, став турбувати і вночі. Анальгетики допомагали короткотривало. Проведено соматичний і неврологічний огляд хворого. У соматичному статусі без патологічних

змін. На час огляду: шкірні покриви фізіологічного забарвлення, чисті. Зів фізіологічного забарвлення, нальоту немає. Під час аускультатії в легенях дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються. ЧД 16/хв. Тони серця чисті, ритмічні. АТ 140/80 мм рт. ст. Пульс 68 уд./хв. Живіт м'який, безболісний під час пальпації. Печінка, селезінка не пальпуються. Симптомів подразнення очеревини немає. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення в нормі. Неврологічний статус: свідомість чітка, поведінка пацієнта адекватна, інструкції виконує; сухожилкові рефлекси S=D; патологічних рефлексів під час огляду не виявлено; активні рухи в повному обсязі, тонус м'язів задовільний; менінгеальних симптомів на час огляду не фіксували; чутливість, координація не порушені.

Через наявність сигналів небезпеки (у 60 років уперше виник мігреноподібний БГ, однобічний, наростав за інтенсивністю) пацієнтові ургентно проведено МРТ головного мозку. За результатами МРТ діагностовано субарахноїдальний крововилив із основної артерії. Пацієнта ургентно ушпиталено в нейрохірургічний відділ. Проведено селективну ангіографію, виявлено нерівномірне розширення устя правої верхньої мозочкової артерії, звивистість VI сегмента правої хребцевої артерії. Після консервативного лікування через три тижні пацієнта виписали в задовільному стані з діагнозом «Гіпертонічна хвороба: III стадія; субарахноїдальний інсульт у басейні лівої середньомозкової артерії (23.03.2023 р.); гіпертензивне серце: (гіпертрофія лівого шлуночка); 2-й ступінь; ризик III; функційний клас III за NYHA». Рекомендовано спостереження невролога, кардіолога та нейрохірурга за місцем проживання.

Висновки. Вторинний біль голови трапляється значно рідше, ніж первинний, проте він може бути небезпечним для життя. Найважливішим аспектом діагностики болю голови є анамнез і медичний огляд.

Первинний біль голови не є діагнозом виключення, а радше базується на отриманих під час огляду клінічних ознаках. Наявність нетипових ознак, або «червоних прапорців», має викликати занепокоєння щодо вторинного болю голови. Мнемоніка SNOOP є корисним підходом, щоб гарантувати, що «червоні прапорці» не будуть поза увагою. Клініцист повинен уміти розрізняти первинний і вторинний біль голови, вміти поставити точний діагноз пацієнтові з болем голови. Для цього треба знати критерії усіх видів головного болю. Багато видів первинного болю голови можуть бути діагностовані на підставі ретельного збирання анамнезу та фізикального обстеження без додаткових методів обстеження. Нейровізуалізація не є необхідною, якщо у пацієнта виявлено мігрень чи інший первинний біль голови з нормальним неврологічним статусом і відсутністю «червоних прапорців» та ознак вторинного болю голови. Якщо є «червоні прапорці», ознаки вторинного болю голови, варто використовувати нейровізуалізацію або інші додаткові діагностичні тести. Перевага надається магнітно-резонансній томографії головного мозку.

Список літератури

1. Боженко МІ, Негрич ТІ, Боженко НЛ, Негрич НО. Головний біль. Навчальний посібник. Вид. 2-ге, доп. Київ: Професійні видання; 2021. 84 с. (Bozhenko MI, Negrych TI, Bozhenko NL, Negrych NO. Headache. Tutorial. Ed. 2, suppl. Kyiv: Professional publications; 2021. 84 p.).
2. Conicella E, Raucci U, Vanacore N, Vigevaro F, Reale A, Pirozzi N et al. The child with headache in a pediatric emergency department. *Headache*. 2008;48(7):1005-1011. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.01052.x>
3. Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin, Nelson SE, Obermann M et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. *Neurology*. 2019;92(3):134-144. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006697>
4. Dodick DW. Clinical clues and clinical rules: primary vs secondary headache. *Adv Stud Med*. 2003;3(6C):S550-S555.
5. Dodick DW. Pearls: headache. *Semin Neurol*. 2010;30(1):74-81. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245000>
6. Finley CR, Chan DS, Garrison S, Korownyk Ch, Kolber MR, Campbell S et al. What are the most common conditions in primary care? Systematic Review. *Can Fam Physician*. 2018;64(11):832-840.
7. Hainer BL, Matheson EM. Approach to acute headache in adults. *Am Fam Physician*. 2013;87(10):682-687.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) the International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. 2018;38(1):1-211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
9. Kato Y, Hayashi T, Sano H, Kato R, Tanahashi N, Takao M. Cough headache presenting with reversible cerebral vasoconstriction syndrome. *Intern Med*. 2018;57(10):1459-1461. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0061-17>
10. Kranz PG, Gray L, Amrhein TJ. Spontaneous intracranial hypotension: 10 myths and misperceptions. *Headache*. 2018;58(7):948-959. <https://doi.org/10.1111/head.13328>
11. Locker TE, Thompson C, Rylance J, Mason SM. The utility of clinical features in patients presenting with nontraumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency department. *Headache*. 2006;46(6):954-961. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00448.x>
12. Pascual J, González-Mandly A, Martín R, Oterino A. Headaches precipitated by cough, prolonged exercise or sexual activity: a prospective etiological and clinical study. *J Headache Pain*. 2008;9(5):259-266. <https://doi.org/10.1007/s10194-008-0063-5>
13. Raieli V, Eliseo M, Pandolfi E, Vecchia M, Franca G, Puma D et al. Recurrent and chronic headaches in children below 6 years of age. *J Headache Pain*. 2005;6(3):135-142. <https://doi.org/10.1007/s10194-005-0168-z>
14. Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, Johnston KL, Cipolle RJ, Barber DL. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol*. 1997;54(12):1506-1509. <https://doi.org/10.1001/archneur.1997.00550240058013>
15. Ravishankar K. WHICH Headache to Investigate, WHEN, and HOW? 2016;56(10):1685-1697. <https://doi.org/10.1111/head.12998>
16. Schwedt TJ. Thunderclap headache. *Continuum (Minneapolis)*. 2015;21(4):1058-1071. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000201>
17. Sobri M, Lamont AC, Alias NA, Win MN. Red flags in patients presenting with headache: clinical indications for neuroimaging. *Br J Radiology*. 2003;76(908):532-535. <https://doi.org/10.1259/bjr/89012738>
18. Song TJ, Kim YJ, Kim BK, Kim BS, Kim JM, Kimet SK et al. Characteristics of elderly-onset (≥65 years) headache diagnosed using the International classification of headache disorders, third edition beta version. *J Clin Neurol*. 2016;12(4):419-425. <https://doi.org/10.3988/jcn.2016.12.4.419>

19. Tabatabai RR, Swadron SP. Headache in the emergency department: avoiding misdiagnosis of dangerous secondary causes. Emerg Med Clin North Am. 2016;34(4):695-716. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2016.06.003>

Стаття надійшла до редакції журналу 02.05.2023 р.

Конфлікт інтересів

Автори цієї статті стверджують, що конфлікту інтересів немає.

Біль голови: класифікація; діагностика; принципи лікування (огляд літератури; опис клінічного випадку)

Н. Л. Боженко, Т. І. Негрич, Н. О. Негрич, М. І. Боженко

Вступ. Біль голови (БГ), або цефальгія – один із найчастіших неврологічних розладів, що його відносять до 20 найбільш інвалідизувальних захворювань у світі. Більшість випадків БГ є доброякісними, інші потребують постійного спостереження і лікування, а деякі загрожують життю пацієнта.

У осіб із болем голови в анамнезі лікар повинен визначити, чи є поточний БГ їхнім відомим первинним розладом БГ, загостренням первинного розладу БГ на тлі іншого захворювання чи новим БГ із вторинною причиною.

Мета. Здійснити огляд літератури про вторинний біль голови, описати клінічний випадок. Проаналізувати судинну подію у пацієнта із вторинним болем голови, що його діагностовано на кафедрі неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького в 2023 р.

Матеріали й методи. Використано метод системного та порівняльного аналізу, бібліосемантичний метод вивчення результатів актуальних наукових досліджень щодо сучасного погляду на проблему вторинного БГ, методи його курації. Проаналізовано 19 літературних джерел. Наведено результати власного клінічного досвіду, описано клінічний випадок хворого із вторинним БГ.

Результати. Здійснено огляд сучасних джерел літератури стосовно вторинного БГ, описано клінічний випадок. Проаналізовано клінічний випадок хворого із вторинним БГ, що його діагностовано на кафедрі неврології у 2023 р. Розглянуто діагностичні аспекти вторинного БГ та можливості лікування.

Висновки. Вторинний біль голови трапляється значно рідше, ніж первинний, проте він може бути небезпечним для життя. Клініцист повинен чітко розрізняти первинний і вторинний біль голови, вміти визначити діагноз пацієнтові з болем голови, а отже, знати критерії кожного виду болю голови, а також «червоні прапорці», які можуть свідчити про вторинний характер болю.

Ключові слова: первинний і вторинний біль голови, субарахноїдальний інсульт, діагностика, лікування.

Headache: Classification, Diagnostics, and Principles of Treatment (Literature Review; Description of a Clinical Case)

N. Bozhenko, T. Nehrych, N. Negrych, M. Bozhenko

Introduction. Headache (cephalgia) is one of the most common neurological disorders and is among the 20 most disabling diseases in the world. Most cases of headaches are benign, while others require constant monitoring and treatment, and some are life-threatening. For individuals with a history of headaches, the physician should determine whether headache belongs to a well-known primary headache disorder, is an exacerbation of primary headache disorder induced by another medical condition, or a new secondary headache.

The aim of the study is to conduct an analysis of a vascular events in a patient with secondary headache, who was diagnosed in the Neurology Department in 2023.

Materials and methods. Systematic and comparative analysis, biblio-semantic method used for the interpretation of the obtained results were supplemented with a survey of literature including 18 articles published in the international renowned sources.

Results. Secondary cephalgias are those in which the headache is a symptom of another disorder recognized as a potential underlying cause. Secondary headache occurs much less often than primary one, but it can encompass

life-threatening pathology. A clinician should be able to distinguish between primary and secondary headaches, elaborating a specific diagnosis for each particular patient with a headache. For this purpose doctor should know the criteria for each type of headache and be capable to recognize "red flags" of secondary headache. The paper contains thorough analysis of the basic principles of diagnosis and diagnostic criteria of all known forms of cephalgia, as well as European principles of management of patients with the most common forms of headache disorders for general practitioners. Scaffolding of the article is consistent with International Classification of Headache Disorders, third revision (ICHD-3), developed by the International Headache Society in 2018, which currently is the main tool for diagnosing different forms headache disorders. The most important aspect in the diagnosis of different forms of cephalgia is patients history and medical examination. Primary headache is not a diagnosis of exclusion, but rather is based on clinical findings obtained during examination. The presence of atypical signs or "red flags" should raise concern about secondary headache.

Conclusions. Many types of primary headaches can be diagnosed based on a thorough history and physical examination without use of additional examination methods. Neuroimaging is not necessary if the patient has migraines or other primary headaches with normal neurological status and the absence of the "red flags" or signs of secondary headache. The SNOOP mnemonic method is useful tool for ensuring that "red flags" are not missed. In case the "red flags", signs of secondary headache are detected, neuroimaging or other additional diagnostic tests should be used, out of which the preference should be given to the MRI of the brain.

Keywords: primary and secondary headache, subarachnoid stroke, diagnosis, treatment.

Відомости про авторів

1. Боженко Наталія Леонідівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(067)672-89-91; +38(032)275-78-14); кандидатка медичних наук, доцентка кафедри; dr.natalya.bozhenko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1411-0780>
2. Негрич Тетяна Іванівна; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)275-78-14); доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри; tnehrych@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0170-511X>
3. Негрич Назар Олегович; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра соціальної медицини, економіки та організації охорони здоров'я (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)275-78-14); кандидат медичних наук, асистент кафедри; nazarnegrych@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0642-9038>
4. Боженко Мирослав Ігорьович; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра неврології (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69; +38(032)275-78-14); (доктор філософії PhD), асистент кафедри; dr.bozhenko@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2105-9808>